

KARYA TULIS ILMIAH
“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S.M DENGAN TUMOR
MEDIASTINUM DI RUANG ASOKA
RSUD Prof. Dr.W.Z JOHANES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



BENEDIKTUS NGAMAL
PO.530320118272

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S.M DENGAN TUMOR
MEDIASTINUM DI RUANG ASOKA RSUD PROF. DR.W.Z
JOHANES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan dan Mendapatkan
Gelar Ahli Madya Keperawatan Melalui Program Rekognisi Pembelajaran
Lampau (RPL)**



BENEDIKTUS NGAMAL
PO.5303201181272

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Benediktus Ngamal

NIM : PO. 530320118172

Program Studi : D-III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019
Pembuat Pernyataan

Benediktus Ngamal
PO. 530320118172

Mengetahui
Pembimbing

Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 197409061997032005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh :Benediktus Ngamal, NIM: PO. 530320118172 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S. M Dengan Tumor Mediastinum Di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang” telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal : 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Elisabeth Herwanti S.Kp..M.Kes
NIP. 19580901 198502202001

Simon Sani Kleden S.Kep..Ns..M.Kep
NIP. 197409061997032005

Mengesahkan

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Prodi D-III Keperawatan

Dr.Florentianus Tat,SKp,M.Kes
NIP. 196911281993031005

Margaretha Teli,S.Kep, Ns,MSc-PH
NIP.19770727 200003 2 002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Benediktus Ngamal PO.530320118172 Dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S. M Dengan Tumor mediastinum Di Ruang Asoka RSUD Prof Dr.W.Z Johannes Kupang”

Telah disetujui untuk diseminarkan di depan Dewan Penguji Prodi DIII Keperawatan kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada tanggal:
22 Juli 2019.

Disusun oleh

Benediktus Ngamal
PO.530320118172

Pembimbing

Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP: 197409061997032005

BIODATA PENULIS

Nama : Benediktus Ngamal

Tempat / Tanggal Lahir : Lewur, 27 oktober 1965

Jenis Kelamin : laki-laki

Alamat : Camplong

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDK Waemase 1980

2. Tamat SMPK Rekas 1983

3. Tamat SPK ENDE 1987

4. Sejak tahun 2018 kuliah di program studi D III
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Kupang

Motto

“Hidup Adalah pelayanan”

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, 20 Juli 2019**

**Nama : Benediktus Ngamal
NIM : PO.530320118172**

Dari hasil pengkajian Tn.S.M masuk rumah sakit pada tanggal 13 Juli 2019 dengan alasan sesak nafas. Saat ini Tn S.M mengeluh sesak dan nyeri disekitar area dada. Saat dilakukan pemeriksaan fisik ditemukan pasien nampak sesak, menggunakan otot bantu napas RR 32x/menit, untuk nyeri pasien meringis skala nyeri 4 (1-10) sehingga dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu ketidakefektifan pola nafas. Diagnosa yang dapat mengancam kesehatan yaitu Nyeri akut dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Tn S.M seperti memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dan mengkolaborasikan pemasangan O2 serta memberikan terapi nebulizer. Pada nyeri mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dan memberikan obat ketorolac untuk penanganan nyeri sementara pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi dibuat perencanaan berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet yang tepat untuk pasien. Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn. S.M teratasi sebagian dan pasien pulang untuk dirujuk.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, Tumor Mediastinum.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S. M dengan Tumor Mediastinum di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang” tanggal 15-17 Juli 2019.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing dan penguji II yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Elisabeth Herwanti S.Kp.,M.Kes selaku penguji I atau penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Yanthi Ataupah S.Kep.,Ns selaku penguji III atau penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktik di Ruangan Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
4. Ibu Ragu Harming Kristina SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat.,SKp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
6. Ibu Margaretha Teli S.Kep.Ns.,MSc-PH selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
7. Seluruh Dosen, Staf dan Tenaga Kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
8. Buat Istri Yustina ngitung tercinta, Anak cornelia, marselius, gregorius dan semua bersaudara yang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Buat Veronika lanang, Angela Kolo, dan teman-teman yang selalu mendukung dan membantu penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman RPL tahun 2018 untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Keaslian Tulisan	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Pernyataan Persetujuan	iv
Biodata Penulis	v
Abstrak	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Lampiran	xi
Bab 1 Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	3
1.3 Manfaat	3
Bab 2 Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Teori.....	4
2.1.1 Pengertian mediastinum.....	4
2.1.2 Etiologi	4
2.1.3 Patofisiologi	5
2.1.4 Klasifikasi	6
2.1.5 Manifestasi Klinik	10
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.7 Komplikasi	12
2.1.8 Penatalaksanaan Medis	12
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	17
2.2.1 Pengkajian	17
2.2.2 Diagnosa	19
2.2.3 Intervensi	19
Bab 3 Studi Kasus dan Pembahasan	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	23
3.1.1 Pengkajian	23
3.1.2 Diagnosa	25
3.1.3 Intervensi	25
3.1.4 Implementasi	27
3.1.5 Evaluasi	28
3.2 Pembahasan	29
3.2.1 Pengkajian	29
3.2.2 Diagnosa	30

3.2.3 Intervensi	30
3.2.4 Implementasi	31
3.2.5 Evaluasi	32
Bab 4 Penutup	
4.1 Kesimpulan	33
4.2 Saran	33
Daftar Pustaka	35
Lampiran	

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Konsultasi Pembimbing.

Laporan asuhan keperawatan pada Tn S. M di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang.

Jadwal Kegiatan.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Kanker paru /Tumor mediastinum merupakan salah satu jenis penyakit paru yang memerlukan tindakan yang cepat dan terarah. Penegakan diagnosis ini membutuhkan keterampilan dan sarana yang tidak sederhana dan membutuhkan pendekatan multidisiplin kedokteran. Penyakit ini membutuhkan kerja sama yang erat antara ahli radiologi dan ahli paru.(PDPI,2003)

Di Amerika serikat kematian karena kanker paru mencapai 36 % dari seluruh kematian kanker pada laki-laki, merupakan penyebab pertama kematian laki-laki, (Mangunegoro, 1990). Mayo lung mendapatkan kematian akibat kanker paru terhadap penderita kanker paru didapatkan angka 3,1 per 1000 orang tiap tahun. Prevalensi penyakit tumor atau kanker di Indonesia menurut Riskesdas 2018 adalah 1,79 per 1000 penduduk dan untuk provinsi NTT terdapat 3 pasien.

Menurut konsep masa kini kanker adalah penyakit gen. sebuah sel normal akan menjadi sel kanker apabila oleh berbagai sebab terjadi ketidakseimbangan antara fungsi onkogen dengan sel tumor supresor dalam proses tumbuh dan kembangnya sebuah sel. Perubahan atau mutasi gen yang menyebabkan terjadinya hiperekspresi onkogen . perubahan ini berjalan dalam beberapa tahap atau dikenal dengan proses multistep karsinogenesis. Perubahan pada kromosom ,misalnya hilangnya heterogenitas kromosom atau LOH juga diduga sebagai mekanisme ketidaknormalan pertumbuhan sel pada sel kanker.

Menurut data yang diperoleh dari RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang khususnya ruang Asoka tahun 2019 terdapat 3 pasien dengan Tumor mediastinum.

Dari hasil pengamatan penulis saat melakukan praktik keperawatan di RSUD Prof, Dr. W.Z Johannes Kupang sebagian besar pasien dengan kanker

paru Membutuhkan proses dan waktu perawatan yang lama, sehingga peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tumor mediastinum. Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan tumor mediastinum adalah sesak napas dan nyeri. Untuk masalah sesak napas penanganan yang biasanya diberikan adalah pengaturan posisi dan pemberian oksigen. Sedangkan untuk masalah nyeri dilakukan tindakan mengatasi nyeri yaitu program relaksasi dan pemberian terapi analgesik.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan pengelolaan Karya Tulis Ilmiah dalam dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn. S. M dengan Tumor mediastinum di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2 Tujuan Penulisan.

1.2.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu Menerapkan asuhan keperawatan Pada Tn. S. M dengan Tumor mediastinum di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan khusus

- 1.2.2.1 Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Tn. S. M dengan Tumor mediastinum di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang
- 1.2.2.2 Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. S. M dengan Tumor mediastinum di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. Z Johannes Kupang
- 1.2.2.3 Mahasiswa mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. S. M dengan Tumor mediastinum di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang
- 1.2.2.4 Mahasiswa mampu mengimplementasikan asuhan keperawatan Pada Tn. S. M dengan Tumor mediastinum di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang

1.2.2.5 Mahasiswa mampu mengevaluasi asuhan keperawatan Pada Tn. S. M dengan Tumor mediastinum di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan berguna bagi pembangunan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah pada pasien Tumor mediastinum.

1.3.2 Manfaat praktis

1.3.2.1 Bagi peneliti

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien Tumor mediastinum.

1.3.2.2 Bagi Institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah Terkhususnya Penyakit Tidak Menular.

1.3.2.3 Bagi Institut RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien Tumor Mediastinum dengan gangguan risiko terjadinya infeksi.

1.3.2.4 Bagi pasien

Dapat menjadi pedoman bagi pasien untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1. Pengertian

Tumor mediastinum adalah tumor yang terdapat di dalam mediastinum yaitu rongga di antara paru-paru kanan dan kiri yang berisi jantung, aorta, dan arteri besar, pembuluh darah vena besar, trakea, kelenjar timus, saraf, jaringan ikat, kelenjar getah bening dan salurannya. (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2003)

Tumor adalah suatu benjolan abnormal yang ada pada tubuh, sedangkan mediastinum adalah suatu rongga yang terdapat di antara paru-paru kanan dan kiri yang berisi jantung, aorta, dan arteri besar, pembuluh darah vena besar, trakea, kelenjar timus, saraf, jaringan ikat, kelenjar getah bening dan salurannya. Tumor mediastinum adalah tumor yang berada di daerah mediastinum (Rahmadi, Agus, 2010).

2.1.2. Etiologi

Meskipun etiologi sebenarnya dari kanker paru belum diketahui, tetapi ada beberapa faktor yang agaknya bertanggung jawab dalam peningkatan insiden kanker paru:

1. Merokok

Suatu hubungan statistik yang definitif telah ditegakkan antara perokok berat (lebih dari dua puluh batang sehari) dari kanker paru (karsinoma bronkogenik). Perokok seperti ini mempunyai kecenderungan sepuluh kali lebih besar dari pada perokok ringan. Selanjutnya orang perokok berat yang sebelumnya dan telah meninggalkan kebiasaannya akan kembali ke pola risiko bukan perokok dalam waktu sekitar 10 tahun. Hidrokarbon karsinogenik telah ditemukan dalam tar dari tembakau rokok yang jika dikenakan pada kulit hewan, menimbulkan tumor.

2. Zat kimia

Terdapat insiden yang tinggi dari pekerja yang terpapar dengan karbonil nikel (pelebur nikel) dan arsenic (pembasmi rumput). Pekerja pemecah hematite (paru – paru hematite) dan orang – orang yang bekerja dengan asbestos dan dengan kromat juga mengalami peningkatan insiden.

3. Polusi udara

Mereka yang tinggal di kota mempunyai angka kejadian yang lebih tinggi dari pada mereka yang tinggal di desa dan walaupun telah diketahui adanya karsinogen dari industri dan uap diesel dalam atmosfer di kota.

4. Faktor Genetik

5. Faktor hormonal

2.1.3. Patofisiologi

Sebagaimana bentuk kanker/karsinoma lain, penyebab dari timbulnya karsinoma jaringan mediastinum belum diketahui secara pasti, namun diduga berbagai faktor predisposisi (virus, faktor lingkungan, faktor hormonal dan faktor genetik semuanya berkaitan dengan risiko terjadi tumor) yang kompleks berperan dalam menimbulkan manifestasi tumbuhnya jaringan/sel-sel kanker pada jaringan mediastinum. (Brunner & Suddart, 2002)

Adanya pertumbuhan sel-sel karsinoma dapat terjadi dalam waktu yang relatif singkat maupun timbul dalam suatu proses yang memakan waktu bertahun-tahun untuk menimbulkan manifestasi klinik. Permulaan terjadinya tumor dimulai dengan adanya zat yang bersifat initiation yang merangsang permulaan terjadinya perubahan sel. Diperlukan perangsangan yang lama dan berkesinambungan untuk memicu timbulnya penyakit tumor. Initiati agen biasanya bisa berupa unsur kimia, fisik atau biologis yang berkemampuan beraksi langsung dan merebah struktur dasar dari komponen genetik (DNA). Keadaan selanjutnya akibat keterpaparan yang lama ditandai dengan berkembangnya neoplasma dengan terbentuknya

formasi tumor. Hal ini dapat berlangsung lama, minggu bahkan sampai tahunan. (Price, A. S., Wilson M. L., 2006.)

Dengan semakin meningkatnya volume massa sel-sel yang berproliferasi maka secara mekanik menimbulkan desakan pada jaringan sekitarnya; pelepasan berbagai substansi pada jaringan normal seperti prostaglandin, radikal bebas dan protein-protein reaktif secara berlebihan sebagai ikutan dari timbulnya karsinoma meningkatkan daya rusak sel-sel kanker terhadap jaringan sekitarnya; terutama jaringan yang memiliki ikatan yang relatif lemah. (Brunner & Suddart, 2002)

Kanker sebagai bentuk jaringan progresif yang memiliki ikatan yang longgar mengakibatkan sel-sel yang dihasilkan dari jaringan kanker lebih mudah untuk pecah dan menyebar ke berbagai organ tubuh lainnya (metastase) melalui kelenjar, pembuluh darah maupun melalui peristiwa mekanis dalam tubuh. (Brunner & Suddart, 2002)

Adanya pertumbuhan sel-sel progresif pada mediastinum secara mekanik menyebabkan penekanan (direct pressure/indirect pressure) serta dapat menimbulkan destruksi jaringan sekitar; yang menimbulkan manifestasi seperti penyakit infeksi pernafasan lain seperti sesak nafas, nyeri inspirasi, peningkatan produksi sputum, bahkan batuk darah atau lendir berwarna merah (hemoptoe) manakala telah melibatkan banyak kerusakan pembuluh darah. Kondisi kanker juga meningkatkan risiko timbulnya infeksi sekunder; sehingga kadang kala manifestasi klinik yang lebih menonjol mengarah pada infeksi saluran nafas seperti pneumonia, tuberkulosis walaupun mungkin secara klinik pada kanker ini kurang dijumpai gejala demam yang menonjol. (Price, A. S., Wilson M. L., 2006.)

2.1.4. Klasifikasi

1. Timoma

Thimoma adalah tumor yang berasal dari epitel thymus. Ini adalah tumor yang banyak terdapat dalam mediastinum bagian depan atas. Dalam golongan umur 50 tahun, tumor ini terdapat dengan

frekuensi yang meningkat. Tidak terdapat preferensi jenis kelamin, suku bangsa atau geografi. (Aru W. Sudoyo, 2006)

Gambaran histologiknya dapat sangat bervariasi dan dapat terjadi komponen limfositik atau tidak. Malignitas ditentukan oleh pertumbuhan infiltrate di dalam organ-organ sekelilingnya dan tidak dalam bentuk histologiknya. Pada 50% kasus terdapat keluhan lokal. Thimoma juga dapat berhubungan dengan myasthenia gravis, pure red cell aplasia dan hipogamaglobulinemia. Bagian terbesar Thimoma mempunyai perjalanan klinis benigna. (Aru W. Sudoyo, 2006)

Penentuan ada atau tidak adanya penembusan kapsul mempunyai kepentingan prognosis. Metastase jarak jauh jarang terjadi. Jika mungkin dikerjakan terapi bedah. (Aru W. Sudoyo, 2006)

Stage dari Timoma:

- a) Stage I : belum invasi ke sekitar
- b) Stage II : invasi s/d pleura mediastinalis
- c) Stage III : invasi s/d pericardium
- d) Stage IV : Limfogen / hematogen

2. Teratoma (Mesoderm)

Teratoma merupakan neoplasma yang terdiri dari beberapa unsur jaringan yang asing pada daerah dimanah tumor tersebut muncul. Teratoma paling sering ditemukan pada mediastinum anterior. Teratoma yang histologik benigna mengandung terutama derivate ectoderm (kulit) dan entoderm (usus). (Aru W. Sudoyo, 2006)

Pada teratoma maligna dan tumor sel benih seminoma, tumor teratokarsinoma dan karsinoma embrional atau kombinasi dari tumor itu menduduki tempat yang terpenting. Penderita dengan kelainan ini adalah yang pertama-tama perlu mendapat perhatian untuk penanganan dan pembedahan. (Aru W. Sudoyo, 2006)

Mengenai teratoma benigna, dahulu disebut kista dermoid, prognosisnya cukup baik. Pada teratoma maligna, tergantung pada

hasil terapi pembedahan radikal dan tipe histologiknya, tapi ini harus diikuti dengan radioterapi atau kemoterapi. (Aru W. Sudoyo, 2006)

3. Limfoma

Secara keseluruhan, limfoma merupakan keganasan yang paling sering pada mediastinum. Limfoma adalah tipe kanker yang terjadi pada limfosit (tipe sel darah putih pada sistem kekebalan tubuh vertebrata). Terdapat banyak tipe limfoma. Limfoma adalah bagian dari grup penyakit yang disebut kanker Hematological. (Aru W. Sudoyo, 2006)

Pada abad ke-19 dan abad ke-20, penyakit ini disebut penyakit Hodgkin karena ditemukan oleh Thomas Hodgkin tahun 1832. Limfoma dikategorikan sebagai limfoma Hodgkin dan limfoma non-Hodgkin. (Aru W. Sudoyo, 2006)

4. Tumor Tiroid

Tumor tiroid merupakan tumor berlobus, yang berasal dari Tiroid. (Aru W. Sudoyo, 2006)

5. Kista Pericardium

Kista dapat terjadi karena perikard bagian ventral tetap tumbuh. Radiologi memberikan gambaran massa bulat atau lonjong, berbatas jelas dengan densitas homogeny (Mukty, Abdul, 2002).

Penatalaksanaan tetap dianjurkan pembedahan. Walau sering tidak memberikan gejala serta jarang mengalami penyulit peradangan (Mukty, Abdul, 2002).

6. Tumor Neurogenic

Tumor Neurogen merupakan tumor mediastinal yang terbanyak terdapat, manifestasinya hampir selalu sebagai tumor bulat atau oval, berbatas licin, terletak jauh di mediastinum belakang. Tumor ini dapat berasal dari saraf intercostalis, ganglia simpatis, dan dari sel-sel yang mempunyai ciri kemoreseptor. Tumor ini dapat terjadi pada semua umur, tetapi relatif frekuensi pada umur anak. (Aru W. Sudoyo, 2006)

Banyak Tumor Neurogenik menimbulkan beberapa gejala dan ditemukan pada foto thorax rutin. Gejala biasanya merupakan akibat dari penekanan pada struktur yang berdekatan. Nyeri dada atau punggung biasanya akibat kompresi atau invasi tumor pada nervus interkostalis atau erosi tulang yang berdekatan. Batuk dan dispneu merupakan gejala yang berhubungan dengan kompresi batang trakeobronchus. Sewaktu tumor tumbuh lebih besar di dalam mediastinum posterosuperior, maka tumor ini bisa menyebabkan sindrom pancoast atau Horner karena kompresi pleksus brakhialis atau rantai simpatis servikalis. (Aru W. Sudoyo, 2006)

Pembagian dari tumor neurogenik, menurut letaknya:

- a) Dari saraf tepi: Neurofibroma, Neurolinoma
- b) Dari saraf simpati: Ganglion Neurinoma, Neuroblastoma, Simpatik oblastoma
- c) Dari paraganglion: Phaeocromocitoma, Paraganglioma

7. Kista Bronchogenic

Kista Bronkogenik kebanyakan mempunyai dinding cukup tipis, yang terdiri dari jaringan ikat, jaringan otot dan kadang-kadang tulang rawan. Kista ini dilapisi epitel rambut getar atau planoselular dan terisi lendir putih susu atau jernih. Kista bronkus terletak menempel pada trakea atau bronkus utama, kebanyakan dorsal dan selalu dekat dengan bifurkatio. Kista ini dapat tetap asimptomatik tetapi dapat juga menimbulkan keluhan karena kompresi trakea, bronki utama atau esophagus. Kecuali itu terdapat bahaya infeksi dan perforasi sehingga kalau ditemukan diperlukan pengangkatan dengan pembedahan. Gejala dari kista ini adalah batuk, sesak napas, sianosis. (Aru W. Sudoyo, 2006)

2.1.5. Manifestasi klinik

Tanda dan gejala tumor mediastinum menurut Mukty, Abdul, 2002.

Adalah:

1. Mengeluh sesak nafas, nyeri dada, nyeri dan sesak pada posisi tertentu (menelungkup)
2. Sekret berlebihan
3. Batuk dengan atau tanpa dahak
4. Riwayat kanker pada keluarga atau pada klien.
5. Pernafasan tidak simetris
6. Unilateral Flail Chest
7. Effusi pleura
8. Egophonia pada daerah sternum
9. Pekak/redup abnormal pada mediastinum serta basal paru
10. Wheezing unilateral/bilateral
11. Ronchi

Tumor mediastinum sering tidak memberi gejala dan terdeteksi pada saat dilakukan foto toraks. Untuk tumor jinak, keluhan biasanya mulai timbul bila terjadi peningkatan ukuran tumor yang menyebabkan terjadinya penekanan struktur mediastinum, sedangkan tumor ganas dapat menimbulkan gejala akibat penekanan atau invasi ke struktur mediastinum. (Brunner & Suddart, 2002)

Kebanyakan tumor mediastinum tumbuh lambat sehingga pasien sering datang setelah tumor cukup besar disertai keluhan dan tanda akibat penekanan tumor terhadap organ sekitarnya. Tanda dan gejala yang timbul tergantung pada organ yang terlibat (Somantri, Irman. 2007):

- a. Batuk, sesak, atau stridor bila terjadi penekanan atau invasi pada trakea dan atau bronkus utama.
- b. Disfagia bila terjadi penekanan atau invasi pada esofagus.
- c. Sindrom vena kava superior (SVKS) lebih sering terjadi pada tumor mediastinum yang ganas dibandingkan dengan tumor jinak.
- d. Suara serak dan batuk kering bila nervus laringeal terlibat

- e. Paralisis diafragma timbul apabila terjadi penekanan pada nervus frenikus
- f. Nyeri dada pada tumor neurogenik atau pada penekanan pada sistem syaraf.

Nyeri dada timbul paling sering pada tumor mediastinum anterosuperior. Nyeri dada yang serupa biasanya disebabkan oleh kompresi atau invasi dinding dada posterior dan nervus interkostalis. Kompresi batang trakhebronkus biasanya memberikan gejala seperti dispnae, batuk, pneumonitis berulang atau gejala yang agak jarang yaitu stidor. Keterlibatan esophagus bisa menyebabkan disfagia atau gejala obstruksi. Keterlibatan nervus laringeus rekuren, rantai simpatis atau plekus brakialis masing-masing menimbulkan paralisis plika vokalis, sindrom horner dan sindrom pancoast. Tumor mediastinum yang menyebabkan gejala ini paling sering berlokalisasi pada mediastinum superior. Keterlibatan nervus frenikus bisa menyebabkan paralisis diafragma.

2.1.6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis tumor mediastinum adalah (Brunner & Suddart, 2002):

1. Foto thoraks

Dari foto thoraks PA atau lateral untuk menentukan lokasi tumor anterior, medial atau posterior, tetapi pada kasus dengan ukuran tumor yang besar sulit ditentukan lokasinya yang pasti.

2. Tomografi

Dapat menentukan lokasi tumor, mendeteksi klasifikasi pada lesi yang sering ditemukan pada kista dermoid, tumor tiroid, dan kadang-kadang timoma. Teknik ini semakin jarang digunakan.

3. CT-Scan toraks dengan kontras

Dapat mendeskripsikan lokasi, kelainan tumor secara lebih baik, kemungkinan jenis tumor, misalnya pada teratoma dan timoma, menentukan stage pada kasus timoma dengan cara mencari apakah

telah terjadi invasi atau belum, mempermudah pelaksanaan pengambilan bahan untuk pemeriksaan sitologi, serta untuk menentukan luas radiasi beberapa jenis tumor mediastinum bila dilakukan CT-Scan Toraks dan CT-Scan abdomen.

4. Flouroskopi

Untuk melihat kemungkinan terjadi aneurisma aorta.

5. Ekokardiografi

Untuk mendeteksi pulsasi pada tumor yang diduga terjadi aneurisma aorta.

2.1.7. Komplikasi

Komplikasi dari kelainan mediastinum merefleksikan patologi primer yang utama dan hubungan antara struktur anatomic dalam mediastinum. Tumor atau infeksi dalam mediastinum dapat menyebabkan timbulnya komplikasi melalui perluasan dan penyebaran secara langsung, dengan melibatkan struktur-struktur (sel-sel) bersebelahan, dengan tekanan sel bersebelahan, dengan menyebabkan sindrom paraneoplastik, atau melalui metastatic di tempat lain. Empat komplikasi terberat dari penyakit mediastinum adalah (Mukty, Abdul. 2002.):

- a. Obstruksi trachea
- b. Sindrom Vena Cava Superior
- c. Invasi vascular dan catastrophic hemorrhage, dan
- d. Rupture esofagus

2.1.8. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan tumor mediastinum tergantung sifat tumor, jinak atau ganas. Tindakan yang dapat dilakukan pada tumor mediastinum yang bersifat jinak adalah bedah, sedangkan penatalaksanaan secara umum untuk tumor yang bersifat ganas adalah multimodaliti, yaitu bedah, kemoterapi, dan radiasi. Selain itu kemoradioterapi dapat juga diberikan sebelum prosedur pembedahan (neoadjuvan) atau sesudah prosedur pembedahan (adjuvan). Berikut adalah penatalaksanaan yang dapat dilakukan berdasarkan jenis tumor. (Syahrudin, Elisna, dkk. 2010):

1. Penatalaksanaan sangat tergantung pada invasif atau tidaknya tumor, staging, dan klinis penderita.
2. Terapi untuk timoma adalah bedah, tetapi sangat jarang kasus penderita datang pada stage 1 atau non invasif, sehingga terapi multimodalitilah yang dapat memberikan hasil yang lebih baik.
3. Jenis tindakan bedah untuk kasus ini adalah *Extended Thymectomy* (ETT) atau reseksi komplet (*Extended Resection* = ER), yaitu mengangkat kelenjar timus beserta jaringan lemak sekitarnya sampai jaringan perikard dan debulking reseksi sebagian atau pengangkatan massa tumor sebanyak mungkin. Reseksi komplet ini diyakini dapat mengurangi risiko invasi dan meningkatkan umur harapan hidup.
4. Radioterapi harus diberikan pada kasus timoma invasif atau reseksi sebagian untuk kontrol ketat, tetapi tidak direkomendasikan untuk yang telah menjalani reseksi komplet. Dosis radiasi yang dapat diberikan adalah 3500-5000 cGy dan harus dihindarkan pemberian lebih dari 6000 eGy untuk mencegah terjadinya *radiation-induced injury*.
5. Kemoterapi yang sering digunakan adalah cisplatin based rejimen, kombinasi cisplatin dengan doksorubisin dan siklofosamid (CAP), kombinasi cisplatin dengan doksorubisin, vinkristin, dan siklofosamid (ADOC), serta rejimen lain yang lebih sederhana yaitu cisplatin dan etoposid (EP).

Penatalaksanaan terdiri dari :

a) Pembedahan

Indikasi ;

- Tumor stadium I
 - Stadium II jenis karsinoma dan karsinoma sel besar tidak dapat di bedakan (undifferentiated).
 - Dilakukan secara khusus pada stadium III
- Secara individual yang mencakup 3 kriteria;

- 1) karakteristik biologis tumor
 - ✓ Hasil baik : Tumor dari skuamosa atau epidermoid.
 - ✓ Hasil cukup baik : adenokarsinoma dan karsinoma sel besar tak terdiferensiasi.
 - ✓ Hasil buruk : oat cell
- 2) Letak tumor dan pembagian stadium klinis
Menentukan teknik reseksi terbaik yang dilakukan
- 3) Keadaan fungsional penderita
Terdapatnya penyakit degeneratif lain atau penyakit gangguan kardiovaskuler, operasi harus dipertimbangkan masak-masak.
- 4) Syarat untuk tindakan bedah:
Pengukuran toleransi berdasarkan fungsi paru yang diukur dengan spirometri. Bila nilai spirometri tidak sesuai dengan klinis, maka harus dikonfirmasi dengan analisis gas darah. Tekanan O₂ arteri dan saturasi O₂ darah arteri harus > 90 %.
- 5) Tujuan pada pembedahan kanker paru untuk mengangkat semua jaringan yang sakit sementara mempertahankan sebanyak mungkin fungsi paru-paru yang tidak terkena kanker.
- 6) Macam – macam pembedahan
 - Toraktomi eksplorasi
Untuk mengkonfirmasi diagnosa tersangka penyakit paru atau toraks khususnya karsinoma, untuk melakukan biopsi.
 - Pneumonektomi (pengangkatan paru)
Karsinoma bronkogenik bilamana dengan lobektomi tidak semua lesi bisa diangkat
 - Lobektomi (pengangkatan lobus paru)

Karsinoma bronkogenik yang terbatas pada satu lobus, bronkiaktosis bleb atau bula emfisematosa, abses paru, infeksi jamur; tumor jinak tuberkuloid.

- Reseksi segmental
Merupakan pengangkatan satu atau lebih segmen paru.
- Reseksi baji
Tumor jinak dengan batas tegas, tumor metastatik, atau penyakit peradangan yang terlokalisir. Merupakan pengangkatan dari permukaan paru-paru berbentuk baji (potongan es).
- Dekortikasi
Merupakan pengangkatan bahan-bahan fibrin dari pleura visseralis).

b) Radiasi

Indikasi dan syarat pasien dilakukan tindakan radiasi adalah ;

- Pasien dengan tumor yang operabel tetapi karena risiko tinggi maka pembedahan tidak dapat dilakukan.
- Pasien kanker jenis adenokarsinoma atau sel skuamosa yang inoperabel yang diketahui terdapat pembesaran kelenjar getah bening pada hilus ipsilateral dan mediastinal.
- Pasien dengan karsinoma bronkus dengan histology sel gandum atau anaplastik pada satu paru tetapi terdapat penyebaran nodul pada kelenjar getah bening dibawa supraklavikula.
- Pasien kambuhan sesudah lobektomi atau pneumonektomi tanpa bukti penyebaran diluar rongga dada.

Pada beberapa kasus, radioterapi dilakukan sebagai pengobatan kuratif dan biasa juga sebagai terapi paliatif pada tumor dengan komplikasi, seperti mengurangi efek obstruksi

atau penekanan terhadap pembuluh darah atau bronkus. Dosis umum 5000-6000 rad dalam jangka waktu 5-6 minggu, pengobatan dilakukan dalam lima kali seminggu dengan dosis 180-200 rad/ hari. Komplikasi:

- ✓ Esofagitis, hilang 7 – 10 hari sesudah pengobatan
- ✓ Pneumonitis, pada rontgen terlihat bayangan eksudat.

c) **Kemoterapi**

Kemoterapi digunakan untuk mengganggu pola pertumbuhan tumor, untuk menangani pasien dengan tumor paru sel kecil atau dengan metastasis luas serta untuk melengkapi bedah atau terapi radiasi. Pada karsinoma sel skuamosa sangat responsif pada kemoterapi, sedangkan pada non small cell carcinoma kurang memberi hasil yang baik.

Syarat untuk pelaksanaan radioterapi dan kemoterapi:

- 1) Hb > 10 gr%
- 2) Leukosit > 4000/dl
- 3) Trombosit > 100.000/dl

Selama pemberian kemoterapi atau radiasi perlu diawasi terjadinya melosupresi dan efek samping obat atau toksisiti akibat tindakan lainnya.

Macam-macam kemoterapi berdasarkan klasifikasi tumor

1) Small Cell Lung Cancer (SCLC)

Limited stage disease diobati dengan tujuan kuratif (kombinasi kemoterapi dan radiasi) dan angka keberhasilan terapi 20 %.

Extensive stage disease diobati dengan kemoterapi.

2) Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC)

- Kemoterapi adjuvant diberikan mulai stadium II dengan sasaran lokoregional tumor yang dapat direseksi lengkap, dimanah cara pemberiannya

dilakukan setelah terapi definitif pembedahan, radioterapi, atau keduanya.

- Kemoterapi neoadjuvant diberikan mulai dari stadium II dengan sasaran lokoregional tumor yang dapat direseksi lengkap, dimana pemberian terapi definitif pembedahan dan radioterapi diberikan diantara siklus pemberian kemoterapi.
- Kemoradioterapi konkomitan dilakukan mulai dari stage III, dimana pemberian kemoterapi dilakukan bersamaan radioterapi.

2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.2.1. Pengkajian

1. Anamnesis

Tumor mediastinum sering tidak menampakkan gejala dan terdeteksi pada saat dilakukan foto toraks. Untuk tumor jinak, keluhan biasanya mulai timbul bila terjadi peningkatan ukuran tumor, yang menyebabkan terjadinya penekanan struktur mediastinum. Sedangkan tumor ganas dapat menimbulkan gejala akibat penekanan atau invasi ke struktur mediastinum.

a. Identitas

Pada tumor timoma dan tumor teratoid dijumpai pada semua umur terutama pada golongan dewasa muda dan ada predeleksi jenis kelamin. Kista bronkogenik sering ditemukan pada anak atau menjelang dewasa muda. Timoma banyak terjadi pada usia 40-60 tahun.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering muncul adalah sesak nafas dan nyeri dada yang berulang dan tidak khas, batuk atau batuk darah bila ada. Pada beberapa kasus, kebanyakan klien mencari pelayanan medis karena keluhan infeksi. Predisposisi penyakit saluran pernafasan

lain seperti ISPA dan influenza sering terjadi dalam rentang waktu yang relatif lama dan berulang.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit saluran pernafasan lain seperti ISPA, influenza sering terjadi dalam rentang waktu yang relatif lama dan berulang.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya anggota keluarga yang menderita tumor mempunyai risiko lebih tinggi menderita tumor daripada orang yang tidak mempunyai keturunan penyakit tumor.

e. Pengkajian Psiko-Sosio-Spiritual

Adanya kesimpulan penekanan diagnosis medis karsinoma akan memberikan dampak terhadap keadaan status psikologis klien. Mekanisme koping biasanya maladaptif yang diikuti perubahan mekanisme peran dalam keluarga, kemampuan ekonomi untuk pengobatan, serta prognosis yang tidak jelas merupakan faktor-faktor pemicu kecemasan dan ketidakefektifan koping individu dan keluarga.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik akan memberikan informasi sesuai dengan lokasi, ukuran dan keterbatasan organ lain, misalnya telah terjadi penekanan ke organ sekitarnya. Pemeriksaan yang dilakukan yaitu:

1) B1 (Breathing)

Terjadi sesak napas, dada tertekan, nyeri dada berulang, hiperventilasi, batuk produktif ataupun nonproduktif, penggunaan otot diafragma, pernapasan diafragma dan perut meningkat, laju pernapasan meningkat, terdengar stridor, ronchi pada lapang paru, terdengar suara napas abnormal.

2) B2 (Blood)

Denyut nadi meningkat, disritmia, vasokonstriksi pembuluh darah.

3) B3 (Brain)

Penurunan kesadaran, gelisah, letargi.

4) B4 (Bladder)

Produksi urin menurun

5) B5 (Bowel)

Mual muntah, anoreksia, disfagia, nyeri telan, berat badan menurun.

6) B6 (Bone and Skin)

Kulit pucat, sianosis, turgor menurun, tonus otot menurun, lemah.

2.2.2. Diagnosa keperawatan

- 1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial, nyeri, penurunan ekspansi paru dan proses inflamasi.
- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi trakeobronkial, obstruksi bronkial sekunder karena invasi tumor.
- 3) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran udara ke alveoli atau ke bagian utama paru dan perubahan membran alveoli kapiler (atelektasis, edema paru, effusi, perdarahan aktif dan sekresi berlebihan).
- 4) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat, peningkatan metabolisme dan proses keganasan.
- 5) Nyeri akut berhubungan dengan invasi kanker ke pleura dan dinding dada.

2.2.3. Intervensi keperawatan

NO	Diagnosa	NOC	NIC
1	Pola Nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial, nyeri, penurunan ekspansi paru dan proses inflamasi	NOC : 1. Respiratory status : Ventilation 2. Vital sign Status Kriteria Hasil 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten	NIC : Airway Management 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 3. Berikan bronkodilator bila perlu 4. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. 5. Monitor respirasi dan status O2 6. Ajari dan anjurkan klien untuk napas dalam

		<p>(klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</p> <p>3. Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)</p>	<p>Terapi Oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur peralatan oksigenasi 2. Monitor aliran oksigen 3. Pertahankan posisi pasien 4. Observasi adanya tanda hipoventilasi 5. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi
2.	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sekresi trakeobronkial, obstruksi bronchial sekunder karena invasi tumor</p>	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respiratory status : Ventilation 2. Respiratory status : Airway patency 3. Aspiration Control <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas 	<p>NIC :</p> <p>Airway suction</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auskultasi suara nafas 2. Berikan O2 sesuai kebutuhan 3. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan 4. Monitor status oksigen pasien <p>Airway Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien untuk Memaksimalkan ventilasi 2. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 3. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 4. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 5. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 6. Berikan bronkodilator bila perlu 7. Atur intake untuk cairan Mengoptimalkan keseimbangan. 8. Monitor respirasi dan status O2

<p>3.</p>	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran udara ke alveoli atau ke bagian utama paru dan perubahan membrane alveoli kapiler (atelektasis, edema paru, effuse, perdarahan aktif dan sekresi berlebihan)</p>	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respiratory Status : Gas exchange 2. Respiratory Status : ventilation 3. Vital Sign Status <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat 2. Memelihara kebersihan paru dan bebas dari tanda distress pernafasan 3. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 4. Tanda vital dalam rentang normal 	<p>Airway Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien untuk Memaksimalkan ventilasi 2. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 3. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 4. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 5. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 6. Berikan bronkodilator bila perlu 7. Atur intake untuk cairan Mengoptimalkan keseimbangan. 8. Monitor respirasi dan status O₂ <p>Respiratory Monitoring</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor rata – rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi 2. Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal 3. Monitor suara nafas, seperti dengkur 4. Monitor pola nafas : bradipnea, takipnea, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot 5. Monitor kelelahan otot diafragma (gerakan paradoksis) 6. Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara tambahan 7. Auskultasi suara paru setelah tindakan untuk
------------------	--	---	--

<p>4.</p>	<p>Nyeri akut Berhubungan dengan invasi kanker ke pleura dan dinding dada</p>	<p>NOC : 1. Pain Level, 2. Pain control, 3. Comfort level Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>mengetahui hasilnya.</p> <p>NIC : Pain Management 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 7. Kurangi faktor presipitasi nyeri 8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) 9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 10. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 11. Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri</p>
------------------	---	--	---

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Dalam Bab ini di uraikan studi kasus yaitu asuhan keperawatan penyakit tumor mediastinum. Asuhan keperawatan di mulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, menetapkan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi. Pengkajian dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 15 Juli 2019 jam 10.00 WITA. Mahasiswa menggunakan metode anamnesis, observasi dan pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan. Pasien yang dikaji bernama Tn. S. M berusia 36 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, saat ini Tn. S. M berprofesi sebagai seorang Wiraswasta yang beralamat di adonara, flores timur. Agama Kristen Katolik, pasien sudah di rawat inap dari tanggal 13 Juli di ruang Asoka pada jam 10:45

Saat ini pasien dirawat dengan diagnosa medis Tumor mediastinum hari ke II, saat di kaji keluhan yang dirasakan adalah sesak nafas, batuk berdahak, lemas, nyeri dada pasien mengeluh nyeri di sekitar area dada.

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menderita penyakit sebelumnya, pasien mengatakan bahwa ia tidak mempunyai riwayat alergi, dan tidak mempunyai riwayat operasi. Pasien tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum alkohol ,minum kopi dan minum obat-obatan.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, tanda vital (Tekanan darah: 120/90 mmHg, Nadi: 98 x/menit, Pernapasan: 32 x/menit, Suhu badan :36,2°C), kepala pasien tampak normal, tidak ada lesi, masa ataupun hematoma, pasien juga mengatakan tidak mengalami sakit kepala ataupun pusing. Wajah pasien simetris, tidak ada masalah penglihatan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pasien tidak menggunakan kacamata, dan tidak ada penglihatan kabur. tidak ada nyeri mata, tidak

ada peradangan pada mata dan mulut. Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi sebelumnya . tidak ada gangguan pada pendengaran, tidak ada gangguan pada sinusitis dan juga tidak ada gangguan pada tenggorokan dan mulut.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem kardiovaskuler di dapatkan pasien mengalami nyeri dada, dada simetris, tidak ada pengembangan dada, kesadaran composimentis, tidak ada kelainan pada bibir, kuku, capillary refill <3detik , tangan, kaki dan sendi. Saat di palpasi ictus cordis dan vena jugularis teraba, saat di perkusi tidak terdapat pembesaran jantung ,saat diauskultasi bunyi jantung 1&2 normal dan juga tidak terdapat murmur.

Saat di lakukan pengkajian pada sistem pernapasan pasien mengatakan bahwa merasakan sesak, saat di inspeksi dada tampak normal, ada jejas, irama napas tidak teratur, ada retraksi otot pernapasan, dan juga ada penggunaan alat bantu pernapasan. saat diperkusi ada udara atau massa, saat diauskultasi suara napas ekspirasi dan inspirasi tidak normal dan juga ada bunyi napas tambahan, clubbing finger normal.

Saat dilakukan pengajian pada sistem pencernaan pasien tidak bisa makan makanan yang keras. Saat diinspeksi turgor kulit normal, bibir lembab, warna mukosa mulut pucat, tidak ada pembesaran pada abdomen. Pada bagian rektal tidak ada luka, perdarahan atau hemoroid ,saat diauskultasi bising usus pasien 30x/menit saat di perkusi tidak ada udara, masa ataupun cairan, saat di palpasi tonus otot normal, tidak ada masa dan juga tidak terdapat nyeri tekan .

Saat dilakukan pengkajian pada sistem persyarafan, pasien mengeluh lemas, tingkat kesadaran composiment dengan GCS 15 (E4M6V5), Pupil isokor, tidak ada kejang, parstesia dan cranial nerves normal, pada sistem muskuloskeletal tidak terdapat keluhan dengan kekuatan otot baik . pada sistem integumen terdapat lesi pada area abdomen, turgor kulit pasien pucat, tidak ada petechie dan kelembapan.

pasien tidak mempunyai masalah dalam perkemihan, tidak menggunakan alat batu kateter, pasien sehari minum air sebanyak 800cc, dengan parenteral 500cc ,saat dilakukan pengkajian pada sistem endokrin dan reproduksi tidak terdapat kelainan/masalah.

Saat dikaji pola kegiatan sehari hari (ADL), pasien mengatakan pola makan baik, makan 3xsehari, nafsu makan baik, tidak ada makanan pantangan, makanan yang disukai tidak ada, pasien sehari minum 600 cc selama sakit pasien mengalami penurunan BB 3 kg dalam waktu 1 bulan .saat dikaji pola eliminasi pasien BAK 300 cc/hari dengan warna kuning pekat, bau khas dan BAB pasien mengatakan 1x sehari dengan konsistensi lunak. pasien suka jalan pagi dan lari sore tetapi selama sakit pasien jarang /tidak pernah melakukannya lagi. Pasien tidur malam jam 10.00 dan bangun pagi jam 05.00.

Pasien sering berinteraksi dengan kakaknya, keadaan rumah pasien baik, tidak ada bisung dan banjir, pasien mengatakan jika ada masalah pasien sering membicarakannya dengan kakaknya dan cara menyelesaikannya adalah dengan terbuka satu sama lain, interaksi dalam keluarga baik. Pasien sering mengikuti ibadah di gereja setiap minggu, dan tidak ada keterlibatan dalam organisasi keagamaan. Keadaan psikologis selama sakit baik, saat ditanya tentang persepsi klien terhadap penyakit pasien mengatakan biasa saja .

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 13 Juli 2019 di dapatkan hemoglobin 12,9 g/dl. Eritrosit $5,15 \times 10^6/uL$. hematokrit 41,6% . MCV 80,8 fl .MCH 20,1 pg .MCHC 31 g/dl .neutrofil $8,81 \times 10^3/uL$. limfosit $1,50 \times 10^3/uL$.monosit $0,62 \times 10^3/uL$.trombosit $438 \times 10^3/uL$. Pemeriksaan CT Scan didapatkan hasil B.U $^{+/-} -1$

Saat perawatan pasien mendapatkan obat-obatan ketorolac 3x30mg/iv. methylprednizolone, infd nacl 0,9 %, Ranitidine 2x500 mg, combivent 3 ml.

3.1.2 Diagnosa keperawatan

3.1.2.1 Rumusan diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan analisa data mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data-data yang mendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia merasa sesak, irama napas tidak teratur dan TTV: TD 120/90 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 32 x/menit dan Suhu 36,2⁰C.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis yang ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di area dada, nyeri seperti tertusuk tusuk, tampak meringis, skala nyeri 4 (1-10).
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat ditandai dengan pasien mengatakan nafsu makan dan berat badannya menurun.

3.1.2.2 Prioritas masalah

Dalam memprioritaskan masalah ada 3 hal yang perlu dipertimbangkan apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan, dan mengancam tumbuh dan kembang pasien. Langkah selanjutnya adalah menentukan tujuan apakah tujuan baik itu tujuan umum/goal atau tujuan khusus atau objektif ataupun harapan pasien agar dapat dievaluasi dengan baik oleh perawat. Selanjutnya menentukan intervensi atau rencana tindakan serta rasional dari setiap tindakan untuk mengatasi masalah yang dialami.

1. Ketidakefektifan pola napas merupakan masalah yang mengancam kesehatan

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis merupakan masalah yang mengancam kehidupan
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan pemasukan atau mengabsorpsi zat-zat gizi

3.1.3 Intervensi keperawatan

3.1.3.1 Nursin outcomes clasification (NOC)

Untuk diagnosa I mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan ,pola napas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil pasien tidak sesak, irama napas teratur frekuensi pernapasan dalam rentan normal.

Untuk diagnosa II mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tidak meringis, tidak memegang area nyeri, tidak gelisah, skala nyeri berkurang dari 4-1.

Diagnosa III mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam dan di harapkan pasien menunjukkan peningkatan pada nafsu makan, porsi makan dihabiskan, ada peningkatan berat badan.

3.1.3.2 Nursing Intervention Clasification (NIC)

Untuk diagnosa 1 dipilih dari domain 4: aktivitas dan istirahat, kelas 4: respon kardiopulmonal diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, Auskultasi suara napas tambahan, Gunakan air oksigen humidifier yang benar, Monitor status pernapasan dan status oksigen yang sesuai, mengolaborasikan pemberian nebulizer. Untuk diagnosa II, intervensi dipilih dari domain 1 :fisiologis dasar , kelas E promosi kenyamanan fisik dengan kode 1400 manajemen nyeri, mengkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring

selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengolaborasi pemberian analgesik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.

Diagnosa III dipilih dengan label NIC manajemen nutrisi, dengan intervensi yang pertama kaji alergi makanan pasien, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet yang cocok untuk pasien, modifikasi lingkungan untuk meningkatkan nafsu makan, ajarkan pasien cara membuat catatan makan setiap hari, ukur berat badan pasien dan berikan makan selagi masih hangat.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15 sampai 17 Juli 2019. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari.

Pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, mengauskultasi suara napas tambahan, menggunakan air oksigen humidifier yang benar, memberikan terapi nebulizer (combivent + NaCl 0,9% 2 ml), memonitor status pernapasan dan status oksigen yang sesuai . untuk diagnosa II nyeri akut yaitu melakukan pengkajian pada pukul 08.30 Wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi **P:** Tumor mediastinum, **Q:** seperti tertusuk-tusuk, **R:** Disekitar area dada, **S:** 4 Dan **T:** setiap saat, membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 10.00 Wita membantu pasien melatih napas dalam dan batuk efektif, pada

pukul 11.00 mengolaborasikan pemberian ketorolac untuk membantu mengurangi nyeri.

Pada hari kedua tanggal 15 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, mengauskultasi suara napas tambahan, memberikan terapi nebulizer (combivent 3 ml + NaCl 0,9% 2 ml), memonitor status pernapasan dan status oksigen yang sesuai. Untuk diagnosa II yaitu mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, mengajarkan teknik relaksasi (pengaturan posisi), pukul 11.00 memberikan ketorolac 30 mg/iv untuk membantu mengurangi nyeri, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. Dan untuk diagnosa III dilakukan implementasi mengkaji alergi makanan pasien, mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet yang cocok untuk pasien, memodifikasi lingkungan untuk meningkatkan nafsu makan, menganjurkan keluarga menyajikan makan yang masih hangat, mengajarkan pasien cara membuat catatan makan setiap hari, mengukur berat badan pasien

Pada hari ketiga tanggal 16 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu (07.05) mengauskultasi suara nafas tambahan dan memonitor pemberian oksigen, melakukan pemberian terapi nebulizer (combivent + Nacl 0,9%) sedangkan untuk diagnosa II mempertahankan tirah baring selama fase akut, (08:00) menggunakan strategi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, mengajarkan terapi relaksasi distraksi, berkolaborasi dalam pemberian kolaborasi terapi ketorolac 30 mg. Implementasi untuk diagnosa III yaitu mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet yang cocok untuk pasien, memodifikasi lingkungan untuk meningkatkan nafsu makan, menganjurkan pasien untuk membuat catatan makan setiap hari.

Pada hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu (07.05) mengauskultasi suara nafas tambahan dan memonitor pemberian oksigen. Untuk diagnosa II mempertahankan tirah

baring selama fase akut, (08.00) menggunakan strategi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien dan untuk diagnosa III dilakukan implementasi mengkolaborasi dalam pemberian makan pasien, memodifikasi lingkungan yang nyaman untuk pasien sebelum makan dan menganjurkan keluarga untuk menyajikan makan yang hangat.

3.1.5 Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimanah mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 15 Juli 2019 dengan diagnosa I ketidakefektifan pola nafas yaitu pasien mengatakan bahwa ia masih merasa sesak, tampak sesak, RR 30x/menit. Maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua. Untuk diagnosa II nyeri akut yaitu: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri yang ditandai dengan pasien tampak lemah, gelisah, meringis, skala nyeri 4 (1-10). Masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua.

Pada tanggal 15 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE (catatan perkembangan) pada diagnosa 1 yaitu pasien mengatakan sesak yang dirasakan berkurang, pasien tampak sesak, RR 30x/menit. Masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan hari ketiga. sedangkan untuk diagnosa II pasien masih tampak lemah, gelisah, mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tampak tidak meringis dan memegang area nyeri, skala nyeri 3.

Pada tanggal 16 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE (catatan perkembangan) pada diagnosa 1 yaitu pasien mengatakan sesak yang dirasakan berkurang, pasien tampak sesak, RR 30x/menit. Sehingga diambil kesimpulan masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan hari ketiga. Untuk diagnosa II pasien masih tampak lemah, gelisah, mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tampak tidak meringis dan memegang area nyeri, skala nyeri 3. Sehingga diambil kesimpulan masalah teratasi sebagian sehingga intervensi di lanjutkan ke hari ketiga. Untuk diagnosa III

didapatkan hasil yaitu pasien mengatakan nafsu makannya masih kurang dan ditandai dengan pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan yang disediakan, pasien tampak lemah dan letih dan disimpulkan masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 17 Juli 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa 1 yaitu pasien mengatakan sesak yang dirasakan berkurang namun masih batuk berdahak, pasien tampak sesak, RR 28 x/menit. Sehingga diambil kesimpulan masalah teratasi sebagian sehingga intervensi di hentikan pasien di rujuk. Untuk diagnosa II pasien masih tampak lemah, gelisah, mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tampak tidak meringis dan memegang area nyeri, skala nyeri 2. Sehingga diambil kesimpulan masalah teratasi sebagian intervensi dihentikan karena advis dokter pasien dirujuk.

3.2 Pembahasan Studi Kasus

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimanah melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimanah komponen penyusunannya terdiri atas *problem, etiologi, sign dan symptom* (diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi).

Intervensi/perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau

dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikian pun asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan Tumor mediastinum. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktik (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan Tumor mediastinum. yang dirawat diruang Asoka. RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges, 2001 pengkajian pada pasien dengan Tumor mediastinum akan mendapatkan hasil adanya sulit bernapas, napas pendek, khususnya pada kerja: cuaca atau episode berulangnya sulit napas, rasa dada tetekan, Pernapasan; Biasa cepat, dapat lambat; fase ekspirasi memanjang dengan mendengkur, napas bibir. Berdasarkan teori diatas dapat diketahui bahwa gejala yang timbul pada Tn. S. M merupakan akibat dari proses penyakit dan gaya hidup. Dari hasil pengkajian juga ditemukan adanya nyeri dada hal ini diakibatkan karena kanker tersebut sudah mengalami metastase ke jantung.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015), Sesuai dengan data subjektif dan objektif yang didapatkan pada saat pengkajian, dibandingkan dengan batasan karakteristik maka pada pasien Tumor Mediastinum akan di dapat diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas, ketidakefektifan pola nafas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi dan gangguan mobilitas fisik. Pada kasus Tn. S. M tidak semua diagnosa diambil dalam penegakkan diagnosa karena ketika dilakukan pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien sudah dalam 3 hari perawatan di ruang Asoka, sehingga diagnosa yang muncul sesuai dengan teori namun ada beberapa kesenjangan diantaranya diagnosa gangguan mobilitas fisik yang tidak diangkat. Serta diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas tidak diambil karena pasien tidak mengalami batuk produktif.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Brunner & suddart dalam *Nursin Outcome Classification* (NOC) dengan semua kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas di dalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil.

Pada kasus tumor mediastinum pada Tn. S.M intervensi keperawatan pada diagnosa Ketidakefektifan pola napas adalah Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, Auskultasi suara napas tambahan, Gunakan air oksigen humidifier yang benar, Monitor status pernapasan dan status oksigen yang sesuai, kolaborasi dalam pemberian terapi nebulizer. Dan intervensi pada diagnosa Nyeri akut adalah kaji nyeri secara komprehensif meliputi pencetus, kualitas, region, skala, dan waktu. mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengolaborasi pemberian analgesik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan intervensi manajemen nutrisi, dengan intervensi yang pertama kaji alergi makanan pasien, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet yang cocok untuk pasien, modifikasi lingkungan untuk meningkatkan nafsu makan, ajarkan pasien cara membuat catatan makan setiap hari, ukur berat badan pasien dan berikan makan selagi masih hangat.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada kasus Tn. S.M dengan Tumor mediastinum dilakukan selama 2 hari. Untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan semua intervensi dilakukan kepada pasien. Untuk diagnosa nyeri akut berhubungan

dengan agen cedera biologis, semua intervensi dilakukan kepada pasien. Sedangkan pada implementasi diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh semua perencanaan yang di tegakan dapat dilakukan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang diterapkan dalam membuat kasus ini adalah menggunakan teknik evaluasi SOAP & SOAPIE. Tujuan dilakukan evaluasi SOAP adalah untuk menentukan perkembangan kesehatan Klien, melalui efektifitas, efesiensi dan produktifias dari tindakan keperawatan, dari tindakan keperawatan yang telah dibuat untuk menilai Asuhan Keperawatan, mendapat umpan balik, sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan keperawatan.

Evaluasi berdasarkan hasil yang diperoleh dan dapat disimpulkan bahwa untuk masalah keperawatan yang di alami Tn. S. M adalah teratasi sebagian karena pasien tidak menunjukkan perubahan yang menyeluruh menuju sehat.

BAB 4

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Dari hasil pengkajian Tn. S. M masuk rumah sakit pada tanggal 13 Juli 2019 dengan alasan sesak nafas. Saat ini Tn. S.M mengeluh sesak dan nyeri di sekitar area dada. Saat dilakukan pemeriksaan fisik ditemukan pasien tampak sesak, menggunakan otot bantu napas RR 32x/menit, untuk nyeri pasien meringis skala nyeri 3 (1-10) sehingga dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu ketidakefektifan pola nafas. Diagnosa yang dapat mengancam kesehatan yaitu Nyeri akut dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Tn S. M seperti memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dan mengolaborasikan pemasangan O2 serta pada nyeri mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dan memberikan obat ketorolac untuk penanganan nyeri sementara pada diagnosa yang kedua yaitu nyeri akut dan perencanaan untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah memberikan pasien makanan yang masih hangat, modifikasi lingkungan sebelum makan, kolaborasi dengan ahli gizi dalam penentuan diet yang tepat. Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn S.M masih mengalami sesak napas, nyeri dan nafsu makan pasien kurang sehingga intervensi tetap dilanjutkan selama dalam perawatan

4.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. S.M di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang dan kesimpulan yang telah disusun seperti diatas, maka mahasiswa memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan anak serta perlu adanya partisipasi keluarga

karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien.

2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu di dokumentasikan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddart, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Vol 3, Edisi 8*. Penerbit RGC: Jakarta.
- Johnson, M., et al, 2002, *Nursin Outcomes Classification (NOC) Second Edition*, IOWA Intervention Project, Mosby.
- Mc Closkey, C.J., Iet all, 2002, *Nursin Interventions Classification (NIC) second Edition*, IOWA Intervention Project, Mosby.
- NANDA, 2012, *Diagnosis Keperawatan NANDA : Definisi dan Klasifikasi*.
- Price, A. S., Wilson M. L., 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Alih Bahasa: dr. Brahm U. Jakarta: EGC
- Syahrudin, Elisna, dkk. 2010. *Penatalaksanaan Tumor Mediatinum Ganas*.
- Somantri, Irman. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan, cetakan kedua*. Jakarta: Salemba Medika
- Mukty, Abdul. 2002. *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: Airlangga University Press.

LAMPIRAN



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK
INDONESIA**

PRODI KEPERAWATAN KUPANG

Jln. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS**

Nama Mahasiswa : Benediktus Ngamal

NIM : PO.530320118172

Nama Pembimbing : Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	12 Juli 2019	1. Konsultasi judul 2. pengarahan persiapan UAP	
2.	15 Juli 2019	1. Ujian praktik klinik di ruang Asoka 2. Konsultasi studi kasus sementara(askep).	
3.	16 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1 dan 2 2. BAB 1 masukan data dari dunia, indonesia, NTT dan rumah sakit (ruangan rawat).	
4.	17 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3 2. Perbaiki cara penulisan (margins)	
5.	18 Juli	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2. BAB 2 Tambahkan	

	2019	Tujuan dari setiap diagnosa	
6.	20 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi BAB 1, 2,3,4 2. Konsultasi dari cover sampai lampiran. 3. Perbaiki cara penulisan(penggunaan tanda baca) 	
7.	21 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2. Konsultasi dari cover sampai lampiran 3. Tambahkan direktur dan kaprodi di kata pengantar 4. Siap ujian tanggal 22 Juli 2019 	
8.	22 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ujian KTI 2. Perbaiki cara penulisan 3. Tambahkan dosis obat, klarifikasi hasil CT-Scan 4. Sesuaikan daftar pustaka 	
9.	28 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Bab 1,2,3,4 dan lampiran 2. ACC 	

